

Тема 6. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ДЕТЕЙ С РАЗЛИЧНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ РАЗВИТИЯ

Вопросы:

- 1) Диагностика нарушений слуха у детей
- 2) Диагностика нарушений зрения у детей
- 3) Диагностика нарушений двигательной сферы

1. Диагностика нарушений слуха у детей

Среди детей с недостаточностью слуха выделяются глухие, слабослышащие, позднооглохшие.

Нарушения слуха могут быть вызваны разными *причинами*:

- инфекционными и вирусными заболеваниями матери во время беременности (краснуха, корь, грипп, вирус герпеса, токсоплазмоз);
- токсикозами беременности;
- резус-конфликтом;
- внутричерепной мозговой травмой;
- асфиксией новорожденного;
- недоношенностью, когда вес при рождении менее 1500 гр.;
- детскими инфекциями (паротит, скарлатина, корь и т.п.);
- менингитами;
- черепно-мозговой травмой;
- отитами (острое воспаление среднего уха) – занимают значительное место в этиологии нарушений слуха, особенно в раннем возрасте;
- наследственными заболеваниями в семье, сопровождающимся поражением слухового анализатора (более 50% случаев глухоты и тугоухости считаются наследственно обусловленными);
- применением препаратов с ототоксическим (греч. otos – ухо) действием (в частности антибиотиков), назначаемых ребенку или матери во время беременности. Следует отметить, что при наследственной расположенности генетическая недостаточность органа слуха делает его уязвимым при применении антибиотиков, а также при длительном воздействии звуковых раздражителей предельной интенсивности (например, плееров), которая также относится к приобретенным факторам понижения слуха.

Определение факторов риска возможности нарушений слуха у ребенка проводится на основе тщательного изучения анамнестических данных.

Как уже отмечалось, дефект слуха в первую очередь отрицательно влияет на формирование той психической функции, которая в наибольшей степени зависит от того состояния слухового анализатора – на формирование речи.

Снижение слуха ведет также к замедлению развития ряда других функций, связанных с пострадавшей опосредованно (через речь):

- **своеобразие словесно-логического мышления** – у детей с нарушениями слуха с трудом формируются понятия, преобладает конкретность суждений;
- **особенности словесной памяти** – трудности в запоминании предложений и текстов; глухие дети лучше запоминают отдельные слова, а жесты – лучше, чем слова;
- **специфические нарушения развития эмоциональной сферы** – у глухих детей в связи с отсутствием воздействия речи взрослых и восприятия интонационной стороны речи с самых ранних этапов жизни наблюдается определенный дефект эмоциональной ориентировки; часто отсутствует «комплекс оживления», значительно позднее происходит дифференциация близких и чужих людей.

Степень выраженности и характер речевой недостаточности и других вторичных дефектов у детей с нарушениями слуха зависят от взаимодействия четырёх основных факторов:

1) степень снижения слуха

Так, незначительное снижение слуха предполагает ту или иную возможность самостоятельного овладения речью. Речь такого ребенка может быть нормальной, соответствующей возрасту или иметь негрубые отклонения, например смазанность артикуляции, смешение глухих-звонких, свистящих-шипящих звуков, ошибочное употребление слов, близких по ситуации или звучанию, аграмматизм. Полное же выпадение слуха при отсутствии специального обучения приводит к отсутствию речи.

2) время возникновения слухового нарушения

Врожденная или ранняя (первые годы жизни ребенка) потеря слуха приводит к отсутствию речи или ее грубому недоразвитию. У таких детей наблюдается задержка формирования прямостояния, недоразвитие пространственной ориентировки, что связано с недостаточностью вестибулярного аппарата.

При нарушении слуха после трехлетнего возраста недоразвитие логомоторных функций выражено меньше, успевает сформироваться фразовая речь; нарушения словарного запаса и грамматического строя нередко выражены менее грубо.

При поражении слухового анализатора в школьном возрасте у ребенка речь грамматически сформирована, имеются лишь некоторые недостатки произношения.

3) условия развития ребенка после поражения слуха

Целенаправленное адекватное своевременное коррекционное воздействие (в сочетании со своевременным качественным слухопротезированием и использованием различной качественной звукоусиливающей аппаратуры) способствует речевому и общему развитию ребенка. Дети, несмотря на то, что сегодня у медицины нет возможности вернуть им физический слух, могут максимально сближаться по уровню психомоторного и речевого развития с нормально слышащими сверстниками.

Педагогически же запущенный слабослышащий ребенок вследствие недоразвития высших психических функций по уровню общего развития может производить впечатление умственно отсталого.

4) Индивидуальные особенности ребенка

Достижение высокого уровня психомоторного и речевого развития связано и с физическим состоянием и наличием таких личностных качеств ребенка, как активность, коммуникабельность, физическая выносливость, работоспособность и т.п.

При проведении дифференциально-диагностического изучения следует также учитывать, что в ряде случаев (особенно при глубоких нарушениях) недостаточность слуха сочетается с органической патологией ЦНС (Л.П. Григорьева, 1996), которая может быть причиной задержки развития или умственной отсталости. Вместе с тем, ЗПР может быть обусловлена педагогической запущенностью.

Таким образом, следует разграничивать 2 категории детей с нарушением слуха:

1 – *дети, не имеющие дополнительных отклонений* в развитии;

2 – *дети, имеющие дополнительные отклонения* в интеллектуальном развитии – глухие (слабослышащие, позднооглохшие) умственно отсталые.

Потенциальные возможности психического развития детей 1 группы значительно выше, что следует учитывать при проведении диагностического обследования.

Например, ребенок с нарушением слуха (без дополнительных отклонений в развитии) в отличие от умственно отсталого лучше выполняет те задания, которые не связаны с участием слуха, речи (невербальные задания): он способен установить логические связи при раскладывании сюжетных картинок, проведении предметной классификации, осуществлять анализ, синтез, сравнение при выполнении заданий на изучение конструктивного праксиса (кубики Кооса и др.). Такой ребенок способен принимать помощь, переносить усвоенный способ действия. Для него характерна большая адекватность, понимание жизненных ситуаций, критичность.

При дифференциальной диагностике состояний, вызванных нарушениями слуха, и умственной отсталости, большое значение имеет учет специфических особенностей речевого недоразвития слабослышащих детей:

- специфика речевого поведения – слабослышащие дети проявляют повышенный интерес к артикуляции собеседника;
- своеобразие голоса – тихий или громкий, немодулированный;
- особенности звукопроизношения: замены, смешения звуков (оглушение звонких, призубный сигматизм и др.).

Следует учитывать и особенности лексико-грамматической стороны речи: если у умственно отсталого ребенка, прежде всего, страдает смысловая сторона речи (нарушено понимание смысла отдельных слов, предложений, текста), то у слабослышащего ребенка имеет место **экспрессивный аграмматизм** (нарушение грамматического строя речи – неправильное построение предложений, нарушение структуры слов, нарушение согласования и т.д.).

Каждый ребенок с подозрением на снижение слуха нуждается в своевременном комплексном медико-педагогическом обследовании.

Задания для самостоятельной работы: изучить и законспектировать предложенную Л.П.Григорьевой «Модель комплексного диагностического обследования детей с нарушениями слуха» (Дефектология. – 1996. - № 3. – с.10).

Для раннего выявления, диагностики и реабилитации детей с нарушениями слуха уже в роддоме должны выявляться дети, относящиеся к группе риска по тугоухости и глухоте. Полученные данные должны передаваться в детские поликлиники для обследования слуха детей с факторами риска в 1, 2, 4, 6 месяцев. При подозрении у ребенка снижение слуха он должен направляться для комплексного обследования в специализированное медучреждение – сурдологический центр (кабинет). Как вы думаете, реализуется (и в каком объеме) данная система раннего выявления детей с нарушениями слуха в настоящее время в нашей стране? Почему?

Медицинские методы исследования слуха делятся на объективные и субъективные.

Для ознакомительного изучения - статья З.С.Алиевой (библиография по разделу №1).

Объективные методы не требуют активного участия исследуемого в процессе диагностики, не зависят от возраста и состояния ребенка, в том числе и уровня его общего и речевого развития. Данные методы позволяют использовать факт снижения слуха и характер его нарушения у детей, начиная с периода новорожденности. Однако они требуют использования специальной дорогостоящей аппаратуры, которой, к сожалению, не всегда оборудованы сурдологические кабинеты. Такие методы используются в крупных сурдологических центрах России (Институт раннего вмешательства в Санкт-Петербурге и др.)

К субъективным методам относят методы, основанные на деятельности самого исследуемого. Примером являются различные способы аудиометрии (лат. Audio- слышать +греч. metreo - измерять) – измерения остроты слуха.

Детская аудиометрия.

Для исследования слуха у детей от 1 года до 3-х лет используется **метод рефлекторной реакции на звук**: ребенок может моргнуть, замереть, поднять глаза, заплакать, начать оглядываться, чтобы увидеть, что происходит у него за спиной и найти источник звука. Меняя громкость и тональность звука и внимательно наблюдая за реакциями ребенка, специалист регистрирует все наблюдения и составляет примерную **аудиограмму** (графическое изображение данных исследования слуха), которая тем не менее не будет абсолютно точно отражать состояние слуховой функции ребенка.

Для детей после 3 лет исследование слуха проводится с помощью **игровой аудиометрии**. Используется специальный аппарат, подающий специальные сигналы, измеряемые по частоте и силе звука – аудиометр. Ребенок вводится в ситуацию игры, которая ему доступна, например, при подаче звука надевает кольцо на стержень пирамидки.

Тональная аудиометрия. Применяется при обследовании взрослых и детей с 8-10 лет с использованием аудиометра. Обследуемый должен сообщить, слышит он тот или иной звук или нет.

Речевая аудиометрия. Позволяет определить у слабослышащего ребенка область его речевого слуха и уровень понимания речи. Для этого используются специально подобранные списки высоко- и низкочастотных слов.

Слова, в составе которых есть звуки «о, у, н, м, в, р» являются низкочастотными и при шепоте воспринимаются на расстоянии до 5 метров.

Слова со звуками «а, и, е», свистящими, шипящими являются высокочастотными и воспринимаются на расстоянии до 20 м.

В списке даны 3 группы слов. Слух проверяется на одном ухе изолированно (другое ухо закрыто) - предъявляется одна группа слов. Затем на другом ухе (закрывается первое ухо) – предъявляется вторая группа слов. Далее слух проверяется по открытии обоих ушах и предъявляется третья группа слов.

Приемы речевой аудиометрии могут использоваться педагогами и родителями без специальных технических средств для проведения первичной проверки слуха у ребенка при наличии симптомов его нарушения.

При нормальном слухе ребенок должен слышать и повторять слова, сказанные шепотом на расстоянии 6-7 метров от ушной раковины. При проверке слуха должно быть исключено зрительное восприятие речи. Восприятие шепота на расстоянии менее 3-х метров указывает на необходимость специальной консультации в сурдоцентре.

Задание для самостоятельной работы: ознакомиться с содержанием «Списка Л.В.Неймана» (библиография по разделу № 6).

Педагогическое обследование слуха относится к субъективным методам, т.к. оно основано на произвольных или произвольных реакциях самого ребенка.

Приемы педагогического обследования слуха у детей до 3-х лет:

1) обследование проводит 2 человека: ассистент подает сигналы, наблюдатель общается с ребенком и регистрирует его реакции на звуки.

При этом используется звучание игрушек (высокочастотное звучание – шарманка, среднечастотное – дудка, низкочастотное - барабан) и речи (разговорной громкости и шепота) при произнесении слогов типа «па-па-па, пи-пи-пи», имени ребенка.

При обследовании ребенка первых 1,5 лет жизни регистрируются поведенческие реакции ребенка на звуки (реакция на уровне, безусловно-ориентировочного, рефлекса: вздрагивание, раскрытие глаз, поворот головы в стороны звука и т.п.). Ребенок располагается на пеленальный стол (в возрасте до 6 месяцев) или сидит на руках у знакомого взрослого так, чтобы ассистент имел возможность отойти от стола вправо и влево на расстояние не менее 3-х метров (при обследовании ребенка первых 3 месяцев), 4 метров (3-6 мес.), 6 метров (более 6 месяцев).

Наблюдатель склоняется над ребенком, «беседует» с ним. Ассистент в это время подает длительные сигналы то слева, то справа (в случайной последовательности, с интервалом не менее 30 секунд для того, чтобы утихла предыдущая реакция).

Сигналы подаются от более тихого к более громкому: сначала шарманка, затем дудка и барабан, сначала шепот, затем голос разговорной громкости – и с максимального расстояния, постепенно приближаясь к ребенку в случае отсутствия реакции.

2) **при обследовании неговорящих детей с 1,5 лет** регистрируется условная двигательная реакция: в ответ на звук ребенок выполняет определенное игровое действие.

Например, сначала ребенку показывают, как

- ▽ «танцует» кукла, если звучит шарманка,
- ▽ «едет» машина под звучание дудки,

▽ «прыгает» зайчик под стук барабана.

Далее ребенку предлагают послушать, кого сейчас позовут: куклу, шарманку или зайчика.

3) у говорящих детей выявляются возможности воспринимать на слух произносимые голосом разговорной громкости и шепотом

- ◆ звукоподражания (типа у-у-у, ква-ква-ква, ав-ав-ав),
- ◆ лепетные слова (типа ла-ла),
- ◆ полные слова и фразы («покажи у куклы носик», «покажи хвостик у собаки»).

Задания для самостоятельной работы: ознакомиться с материалами Н.Д.Шматко «Педагогическое обследование слуха» (библиография по разделу № 9) и схемой сурдопедагогического обследования (№ 8).

РЕПОЗИТОРИЙ ГГУ ИМЕНИ Ф. СКОРИНЫ

2. Диагностика нарушений зрения у детей

К детям с нарушениями зрения относятся слепые (незрячие) и слабовидящие.

Среди слепых выделяют

тотально слепых (с абсолютной слепотой) и

частично видящих (с практической слепотой, при которой наблюдается остаточное зрение с сохранностью светоощущения – способности отличать свет от тьмы и

форменное зрение - способность воспринимать контуры (силуэты) предметов на близком расстоянии).

Нарушения зрения могут быть врожденными (80-90% случаев) и приобретенными.

Причинами **врожденной патологии** зрения могут быть:

- наследственный фактор (15-17 % случаев нарушений зрения),
- повреждения и заболевания плода в период внутриутробного развития (связаны с инфекционными и вирусными заболеваниями матери в период беременности, болезнями обмена веществ, интоксикациями алкоголем, никотином, лекарственными препаратами – гормональными, снотворными, авитаминозами).

Приобретенные нарушения зрения связаны с:

- ◆ заболеваниями органов зрения (сетчатки, роговицы),
- ◆ заболеваниями ЦНС (менингит, менингоэнцефалит, опухоль мозга),
- ◆ травматическими повреждениями глаз или мозга (ранения головы, ушибы).

Дефекты зрения делятся на

- **прогрессирующие** (происходит постепенное ухудшение зрительных функций под влиянием патологического процесса) и
- **стационарные**, непрогрессирующие.

Снижение зрения характеризуется, прежде всего, разнообразием нарушений зрительных функций. Недостаточность зрительного восприятия является **причиной вторичных отклонений** в формировании и развитии познавательных процессов и эмоционально-волевой сферы:

- нарушение зрительного восприятия приводит, прежде всего, к трудностям пространственной ориентировки, недостаточному развитию предметно-практической деятельности, недостаткам наглядных форм мышления;

- ограниченность сенсорного опыта приводит к неточности предметной соотнесенности слов (слово вводится в словарный запас ребенка без опоры на сенсорный опыт): за словом закрепляется узкий круг понятий, что снижает развитие уровня обобщений, или, наоборот, происходит непомерное размывание, генерализация (распространение) значения слова;

- трудности овладения артикуляцией на основе подражания из-за снижения зрения являются причиной частых речевых нарушений;

- ограничение или невозможность при общении воспринимать такие выразительные средства общения, как взгляд, жест, мимика приводят к недоразвитию форм общения, своеобразию эмоциональной сферы ребенка на ранних этапах развития; в более старшем возрасте из-за возникающих бытовых проблем по причине нарушений зрения наблюдается своеобразие характера и поведения; наличие неуверенности, пассивности, склонности к самоизоляции или в других случаях – повышенная возбудимость, раздражительность, агрессивность, могут наблюдаться иждивенческие тенденции.

Степень выраженности и характер вторичных дефектов у детей с нарушениями зрения зависят от **взаимодействия 4-х основных факторов**:

1) степень выраженности сенсорного дефекта (снижение зрения).

Слабовидящий ребенок имеет больше возможностей использования зрительного анализатора как ведущего в познании окружающего мира, чем слепой.

2) время возникновения дефекта зрения.

Чем раньше наступило нарушение зрения, тем более заметны вторичные отклонения, своеобразие психофизического развития.

У детей с врожденными нарушениями зрения наблюдается отсутствие (у слепых) или ограниченность (у слабовидящих) визуальной ориентировки, запаса зрительных представлений. Это приводит к затруднениям в возникновении вертикального положения тела, боязни пространства и новых предметов; недоразвитию пространственной ориентировки, формированию схемы тела, походки, манипулятивной, предметной деятельности.

Нарушение зрения, возникшее в раннем возрасте, вызывает недоразвитие психомоторной сферы: отмечается слабость акта хватания, запаздывает дифференциация движений и т.д.

Совсем по-другому складывается развитие ребенка, потерявшего зрение в более старшем возрасте. Имеющий прошлый опыт зрительных впечатлений облегчает развитие моторики, предметной деятельности, образование представлений и понятий.

3) своевременное начало компенсаторного обучения.

Слепота и слабовидение не являются причиной нарушений интеллектуальных способностей детей. В условиях ранней коррекции и своевременной помощи дети с неглубокими нарушениями зрения достигают высокой степени интеллектуального развития, что позволяет им самостоятельно овладевать знаниями и работать совместно со зрячими.

4) индивидуальные особенности ребенка.

Понимание структуры дефекта при нарушениях зрения, степени выраженности и характера первичного и вторичных дефектов необходимо для выбора адекватных средств медицинской и психолого-педагогической коррекции.

Следует разграничивать состояния, когда отставание в развитии ребенка наступило в результате нарушения зрения и когда снижение зрения сопутствует умственной отсталости, которая является доминирующим дефектом в отставании. Дети с нарушениями зрения, не имеющие органического поражения ЦНС (которое может быть причиной олигофрении), в отличие от умственно отсталых характеризуется:

- преобладанием развития словесного мышления с высокой способностью к абстрагированию (при недостаточности образного мышления), возможностью выполнять вербальные задания логического характера (понимание скрытого смысла, установление аналогий и т.д.);
- высоким уровнем развития логической памяти, способностью при запоминании словесно формируемого материала опираться на смысловые связи;
- способностью к принятию помощи, к переносу усвоенного способа действия;
- большей критичностью к себе и своим возможностям, адекватностью поведения.

Комплексное диагностическое обследование детей с нарушениями зрения, по мнению Л.П.Григорьевой (1996), должно включать 2 этапа:

На первом этапе проводится клиническое (офтальмологическое), параклиническое (электрофизиологическое) и психологическое обследование направленное на изучение:

- состояние зрительного анализатора (зрительный диагноз, острота зрения с коррекцией и без, поле зрения и т.д.);
- состояние ЦНС в целом (отсутствие или наличие разных форм органической патологии, например, олигофрении);
- уровня развития средств общения, интеллекта, эмоционально-волевой сферы, личностных качеств.

Результатом такого изучения является дифференциация детей на группы в зависимости от состояния вышеописанных функций.

Исследование ребенка на втором этапе включает:

- психофизиологическое изучение сенсорных процессов зрительной системы (цветоразличение, световая чувствительность, контрастная чувствительность и т.д.) и
- психологопедагогическое изучение свойств восприятия – зрительного, осязательного (целостность, детальность, апперцепция, предметность, константность).

Такая диагностика необходима для разработки адекватных методов компенсации нарушений зрения.

Задания для самостоятельной работы:

- изучить и законспектировать статью Л.И.Солнцевой «Адаптация диагностических методик при изучении детей с нарушениями зрения»// Дефектология . – 1998. - № 4- с.9-15;
- ознакомиться со схемой тифлопедагогического обследования (библиография по разделу - № 4).

Кроме описанных выше вариантов дефицитарного развития (дефект слуха, зрения) могут наблюдаться **случаи сложных нарушений** - сочетаний нарушения зрения и слуха (слепоглухие дети).

При диагностике сложного дефекта наиболее эффективными являются **клинические** и **параклинические методы**:

- медико-генетическое исследование - имеет важное значение, т.к. в большинстве случаев сложное нарушение (слепоглухонемота) имеет генетическое происхождение.

Так своевременное установление синдрома Ушера у глухого ребенка позволяет заранее и постепенно подготовить ребенка к потере зрения: обучить чтению по системе Брайля, психологически подготовить к новому состоянию и др.

- нейрофизиологическое обследование – позволяет достаточно рано диагностировать наличие сенсорных нарушений при их средней и большей степени выраженности.

Например, отсутствие речи у 2-3 летнего слабослышающего ребенка может вызвать предположение о ЗПР как причине отсутствия речи. Однако электрофизиологическое изучение может обнаружить снижение слуха, которое и является на самом деле причиной нарушения речи. Это помогает выбрать адекватные средства компенсации.

3. Диагностика нарушений двигательной сферы

Нарушения двигательной сферы - заболевания и повреждения опорно-двигательного аппарата у детей могут носить врожденный и приобретенный характер.

Виды нарушений:

1. Заболевания нервной системы: ДЦП, полиомиелит.
2. Врожденная патология опорно-двигательного аппарата, врожденный вывих бедра; кривошея, сколиоз – аномалии развития позвоночника и др.
3. Приобретенные заболевания и повреждения опорно-двигательного аппарата: травматические повреждения головного и спинного мозга, конечностей; полиартрит; заболевания скелета (туберкулез, опухоли костей); системные заболевания скелета (рахит).

У всех детей с такими нарушениями ведущим является двигательный дефект (недоразвитие, нарушение или утрата двигательных функций). Часть этих детей не имеют нарушений познавательной деятельности и не требуют специального обучения и воспитания, а нуждаются в особых условиях жизни и обучения.

Значительную часть среди детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата составляют дети с **церебральным параличом** (89%), у которых двигательные расстройства сочетаются с речевыми, сенсорными, интеллектуальными. Такие дети нуждаются не только в лечебной и социальной помощи, но и психолого-педагогической и логопедической коррекции.

ДЦП возникает в результате недоразвития или повреждения мозга в раннем онтогенезе («незрелого» мозга), причиной которого могут быть различные неблагоприятные факторы, действующие во внутриутробном периоде, в момент родов или на первом году жизни.

Наиболее частой причиной является сочетание внутриутробной патологии с родовой травмой, которой обычно сопутствует асфиксия. Высокая степень риска для возникновения ДЦП имеет у детей, перенесших состояние асфиксии и особенно клиническую смерть (отсутствие дыхания и сердечной деятельности).

Ведущим дефектом при ДЦП являются **двигательные нарушения**. Их разнообразие обусловлено действием ряда факторов, связанных со спецификой самого заболевания.

К двигательным нарушениям при ДЦП относят:

1) нарушения мышечного тонуса

- спастичность - повышение мышечного тонуса;
- ригидность – напряженность мышц при максимальном повышении мышечного тонуса;
- гипотония - низкий мышечный тонус;
- дистония – изменения мышечного тонуса, его непостоянство.

При осложненных формах ЦП может отмечаться сочетание различных вариантов нарушений мышечного тонуса.

2) ограничение или невозможность произвольных движений (парезы и параличи).

В зависимости от тяжести поражения мозга может наблюдаться полное или частичное отсутствие тех или иных движений.

3) наличие насильственных движений в виде:

- гиперкинезов – произвольных насильственных движений, обусловленных переменным тонусом мышц, с наличием неестественных поз и незаконченных движений;
- тремора – дрожание конечностей, особенно пальцев рук и языка.

Для выявления тремора пальцев рук может использоваться пальце-носовая проба: обследуемому предлагают коснуться указательным пальцем кончика собственного носа и повторить это движение с закрытыми глазами; при приближении пальца к носу при закрытых глазах тремор усиливается.

4) нарушения равновесия и координации движений – атаксия.

В тяжелых случаях ребенок не может сидеть или стоять без поддержки (туловищная атаксия – неустойчивость при сидении, стоянии).

Всегда нарушена координация тонких, дифференцированных движений, что приводит к трудностям в манипулятивной, предметной деятельности и при письме.

5) **нарушение ощущений движений** – кинестезия, что приводит к ослаблению чувства положения собственного тела, позы в пространстве, к искажению восприятия направления движения (например, движение пальцев рук по прямой может ощущаться ребенком с ДЦП как движение в сторону).

6) **непроизвольные содружественные движения** - синкинезии, сопровождающие выполнение произвольных (активных) движений.

Например, при ходьбе движения ног дополняются движениями рук или при попытке взять предмет одной рукой происходит сгибание другой руки и другие нарушения.

Двигательные нарушения у детей с ЦП могут иметь различную степень выраженности.

При тяжелой степени ребенок не овладевает навыками ходьбы и манипулятивной деятельностью, не может самостоятельно обслуживать себя.

В легких случаях дети ходят самостоятельно, уверенно как в помещении, так и за его пределами, могут самостоятельно ездить на городском транспорте, обслуживать себя, однако у них могут наблюдаться снижение мышечной силы, замедленность и недостаточная ловкость движений, нарушение походки.

При ДЦП двигательные нарушения часто сочетаются с нарушениями функций других анализаторных систем: зрения, слуха, кинестетического анализатора. Также отмечается нарушение координированной деятельности различных анализаторных систем (около 25% детей с ДЦП имеют нарушения зрения, у 6-25% детей наблюдается снижение слуха, у многих детей выражен астереогноз – невозможность или нарушение узнавания предмета на ощупь, без зрительного контроля). Патология зрения, слуха, мышечно-суставного чувства существенно сказывается на восприятии в целом, ограничивает объем информации об окружающем, затрудняет интеллектуальную деятельность детей с ЦП. Это еще более усугубляет затруднения в познании окружающего мира, связанные с нарушением действенного познания при ДЦП (ощупывание, манипулирование с предметами, предметно-практическая деятельность затруднена из-за двигательных расстройств).

В структуре дефекта при ДЦП значительное место занимают нарушения речи, частота которых составляет 80%. Особенности нарушений речи связаны с:

- 1) локализацией и тяжестью поражения мозга;
- 2) ограниченностью осведомленности и недостаточностью предметно-практической деятельности;
- 3) ошибками воспитания: гиперопекой, при которой родители предупреждают все желания ребенка и выполняют их в ответ на жест или взгляд, что не стимулирует речевого общения.

Существует взаимосвязь между речевыми и двигательными нарушениями у детей с ЦП. Так, наиболее выраженные нарушения артикуляционной моторики отмечаются у детей со значительным поражением верхних конечностей.

У детей с ЦП встречаются такие формы речевых нарушений, как:

- **задержка речевого развития** – более позднее начало речи и замедление темпа ее формирования;

- **дизартрия** – нарушение произносительной стороны речи, обусловленное недостаточностью иннервации речевой мускулатуры. Разборчивость речи при дизартрии нарушена, речь смазанная, нечеткая. Степень выраженности дизартрических нарушений речи зависит от тяжести и характера поражения нервной системы. В легких случаях отмечается стертая форма дизартрии с нарушением звукопроизношения, незначительных расстройствах речевого дыхания, голосообразования. При тяжелом поражении ЦНС речь становится невозможной (анартрия - полное или почти полное отсутствие возможности звукопроизношения в результате паралича речедвигательных мышц);

- **алалия** - отсутствие или системное недоразвитие речи вследствие органического поражения речевых зон коры головного мозга.

Речевые нарушения при ДЦП редко встречаются в изолированном виде.

Например, наиболее частая форма речевой патологии – дизартрия – часто сочетается с ЗРР или, реже, с алалией.

При ДЦП имеет место выраженность **психофизических проявлений** («органические синдромы», энцефалопатические расстройства):

- нарушения сна, аппетита, работоспособности;
- повышенная истощаемость психических процессов, трудности переключения на другие виды деятельности, недостаточность концентрации внимания, снижение объема памяти;
- повышенная лабильность первых процессов, склонность к колебаниям настроения, повышенная эмоциональная возбудимость, раздражительность и др.

По состоянию интеллекта дети с ЦП представляют крайне разнородную группу:

1) дети с нормальным или близким к нормальному интеллектом

Может наблюдаться дефицитное, неравномерное развитие, связанное с невозможностью полноценного общения, ограничением контактов ребенка со сверстниками и взрослыми (по причине двигательных нарушений), невозможностью получения информации об окружающем мире в достаточном объеме. Такие дети могут быть слабо осведомлены в некоторых областях (явлениях окружающего предметного мира и социальной сферы), при этом могут демонстрировать превосходные способности в других областях (игра в шахматы, рисование и т.д.);

2) дети с задержкой психического развития (церебрально-органического генеза)

Психические нарушения у таких детей носят мозаичный (парциальность), неравномерный характер и связаны, как правило, с поражением мозга во второй половине беременности и в период родов. Мозаичность (парезность) нарушений проявляется в том, что страдают отдельные функции (например, у некоторых детей развиваются преимущественно наглядные формы мышления, у других, наоборот, особенно страдает наглядно-действенное мышление при лучшем развитии словесно-логического). Дети с ЗПР при ДЦП характеризуются достаточным, по несколько замедленным усвоением нового материала, и способностью использовать помощь взрослого при обучении.

3) дети с умственной отсталостью

Нарушения психических функций чаще всего носят тотальный характер, на первый план при этом выступает недостаточность высших форм познавательной деятельности – восприятия, памяти, мышления, а также гностических функций. Умственная отсталость (как психическое недоразвитие) при ДЦП чаще всего связана с ранним внутриутробным поражением.

Таким образом, механизм нарушений психического развития при ДЦП определяется временем, а также степенью и локализацией мозгового поражения. Немаловажное значение в возникновении нарушений познавательной деятельности (например, ЗПР) играют условия воспитания и окружения (ограничение деятельности, социальных контактов и др.).

Диагностика ДЦП проводится всесторонне и комплексно, с участием различных специалистов – врачей (невропатолога, педиатра, психиатра, отоларинголога, окулиста и др.), психологов и педагогов.

При диагностике ДЦП прежде всего следует учитывать **данные анамнеза**. В анамнезе детей с ЦП часто имеются указания на патологическое протекание беременности и родовую травму с применением акушерских методов родовспоможения; ребенок обычно рождается в асфиксии, часто с признаками внутричерепной травмы: оценка по шкале Апгар низкая – 2-6 баллов (при оптимальной – 9-10 баллов).

Задание для самостоятельной работы: ознакомиться с разделом «Ранняя диагностика детского церебрального паралича» книги Е.М. Мастюковой (библиография по разделу №2, с. 71 – 73).

Психолого-педагогическое обследование детей с ЦП направлено на выявление потенциальных возможностей психического развития, оценку максимально сохранных и нарушенных звеньев. При ***организации обследования*** учитываются следующие его **особенности**:

- учет характера двигательного нарушения и возможности его влияния на активность ребенка;
- подбор наиболее удобного положения головы и туловища ребенка;
- выбор адекватных (с учетом двигательных, сенсорных нарушений) пособий для обследования (например, предметный материал должен быть удобен для манипулирования им во время обследования).

Содержание психолого-педагогического обследования ребенка с ДЦП включает:

1. Оценку двигательных нарушений, состояния общей и тонкой моторики.
2. Изучение состояния зрительного восприятия, зрительно-двигательной координации, слухового восприятия, тактильно-кинестетического восприятия (стереогноза).
3. Изучение способов ориентировочно-исследовательской деятельности, овладения предметными и игровыми действиями.
4. Оценку умственного развития степени овладения доступными мыслительными операциями, определение типологии затруднений и их причин; изучение уровня обучаемости.
5. Изучение речи, коммуникативных (вербальных и невербальных) средств.
6. Изучение эмоционально-волевой сферы, особенностей личности (активность личности и ее отношение к окружающему, интересы, потребности и др.).

❖ Контрольные вопросы: ***Назовите характерные особенности дифференциального психического развития?***

1. Первичный дефект анализатора, во-первых, обуславливает недоразвитие тех функций, которые связаны с ним наиболее тесно, а, во-вторых, приводят к замедленному развитию ряда других функций, связанных с ним опосредованно.
2. Для дефицитарного развития характерна асинхрония развития анализаторных систем.
3. Большое значение в возникновении вторичных нарушений имеют такие факторы, как время возникновения и степень выраженности сенсорного дефекта, время начала коррекционной работы, индивидуальные особенности ребенка.